



COMUNE DI RAPOLLA

Provincia di Potenza

Capofila Ambito Socio Territoriale n° 5 Vulture Alto Bradano
(Comuni di: Atella, Banzi, Barile, Forenza, Genzano di Lucania, Ginestra, Lavello, Maschito, Melfi, Montemilone, Palazzo San Gervasio, Pescopagano, Rapolla, Rapone, Rionero in Vulture, Ripacandida, Ruvo del Monte, San Fele e Venosa)



CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE

Schema di domanda (Allegato A)

Al Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di _____

Prot. n° _____ del _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente a _____ Prov. _____ in Via/P.zza _____ n° _____
CAP _____ cell. _____ email _____ codice fiscale _____

VISTO l'Avviso Pubblico dell'Ambito Socio Territoriale n. 5 "Vulture Alto Bradano" approvato con Determinazione Dirigenziale n. _____ del _____

in qualità di Caregiver familiare di:

Nome e Cognome _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente a _____ Prov. _____ in Via/P.zza _____ n° _____
CAP _____ cell. _____ email _____ codice fiscale _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- di essere formalmente identificato/a come Caregiver familiare da almeno sei mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell'Avviso;
- di essere maggiorenne e residente nella Regione Basilicata;
- di aver presentato un ISEE Ordinario in corso di validità del nucleo familiare;
- di non aver ricevuto il finanziamento nel precedente Avviso, pur essendo stato/a incluso/a nella relativa graduatoria.

DICHIARA INOLTRE

- che la persona assistita è (*barrare la voce corrispondente alla condizione della persona assistita*):
 - ☐ in condizioni di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato in G.U. il 30 novembre 2016, n. 280);
 - ☐ affetta da disabilità grave ai sensi della L. 104/92 art. 3, comma 3.
- di essere in possesso dei seguenti ulteriori requisiti per l'accesso al contributo (*barrare la voce corrispondente alla propria condizione*):

- ☐ essere Caregiver di persona coinvolta in programmi di accompagnamento per la deistituzionalizzazione e il ricongiungimento con l'assistito;
- ☐ svolgere attività di assistenza continuativa da un lungo periodo di carico assistenziale;
- ☐ essere inoccupato/a o disoccupato/a, in quanto la condizione di Caregiver ha impedito l'accesso al lavoro;
- ☐ essere stato/a costretto/a ad interrompere l'attività lavorativa (licenziamento) e/o a usufruire di aspettativa non retribuita o di frequenti permessi lavorativi per la cura del familiare;
- ☐ essere un/una Caregiver monoparentale;
- ☐ appartenere a un nucleo familiare monoreddito;

CHIEDE

il contributo economico una tantum pari ad **euro 500,00** per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare (ai sensi dell'art. 1, comma 254 della Legge n. 205 del 30 dicembre 2017);

- **che la liquidazione del contributo economico in proprio favore venga effettuata mediante accredito bancario, su istituto di credito _____**
IBAN _____

Luogo, _____ Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- per i Caregiver familiari di persone in condizioni di disabilità gravissima: certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie, che attesti almeno una delle condizioni indicate negli allegati 1 e 2 del Decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- per i Caregiver familiari di persone con disabilità grave, la copia della certificazione che attesti la connotazione di gravità (ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3) da parte della Commissione Medica della ASL.

Documentazione comune a entrambe le categorie di beneficiari:

- copia del certificato di invalidità che attesti la condizione di non autosufficienza, come definito nell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
- autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 che attesti l'assistenza diretta al familiare;
- autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 che attesti l'appartenenza allo stesso stato di famiglia da almeno sei mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell'Avviso;
- documento di identità valido del Caregiver;
- ISEE Ordinario in corso di validità del nucleo familiare;
- attestazione bancaria che riporti il codice IBAN intestato al Caregiver richiedente il beneficio.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei dati e del Codice della Privacy italiano, come modificato dal D.lgs. 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'Avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)